

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266 22 JUN 2015</p>	<p>Página 1 de 13</p>

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

En ejercicio de sus facultades legales, y en especial las conferidas por la Ley 715 de 2001, la Ordenanza N° 018 de 2003, la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y protección Social y,

CONSIDERANDO:

Que mediante la Ordenanza N° 018 la Asamblea del Departamento Norte de Santander creó el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander como un establecimiento público del orden departamental adscrito al Departamento Norte de Santander, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera; tiene como objetivo primordial dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio del Departamento Norte de Santander, y cumple entre otras la función de "adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación ,o en armonía con éstas".

Que según la Ley 715 de 2001 le corresponde al Departamento en sus competencias lo siguiente: "ARTÍCULO 43. **COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD.** Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad".

Que en el citado artículo 43 en su numeral 43.2.1, igualmente establece como competencia de los departamentos, en lo referente a prestación de servicios de salud, la relacionada con "Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas"; y en su numeral 43.2.2 dispone que el departamento debe: "Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental".

Que el Decreto 196 de 2013, señala que el componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Que en los términos del numeral 2.2 del artículo 2 del precitado decreto y en virtud de la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se entiende como servicios de salud no incluidos en los planes obligatorios de salud, "aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial y que en todo caso no estén considerados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 como prestaciones no financiadas por el sistema por la población afiliada al Régimen Subsidiado".

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 establece que Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento entendidas como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Que mediante la Resolución 5521 de 2013 y sus anexos, se definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud -POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente, determinándose a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y constituyéndose en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en ese acto administrativo.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Warranto de Gobernación GOBERNACIÓN del NORTE DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002265 22 JUN 2015</p>	<p>Página 2 de 13</p>

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

Que la Política Farmacéutica definida en el CONPES 155 de 2012, establece dentro de los instrumentos para la regulación de precios de medicamentos y monitoreo del mercado, la promoción de negociaciones centralizadas de precios, dirigidas al desarrollo e implementación de programas especiales de acceso a medicamentos, en especial aquellos de alto costo y baja prevalencia.

Que se hace necesario mejorar los procedimientos de cobro, verificación y control y pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud - POS que se suministran a los afiliados al Régimen Subsidiado de salud, de tal forma que se agilice el flujo de recursos de las entidades territoriales a los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados o mixtos que brindan estos servicios y tecnologías.

Que mediante la Resolución 5395 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA para el reconocimiento y pago a las entidades promotoras de salud del régimen contributivo por el suministro de medicamentos y tecnologías NO POS autorizadas por el Comité Técnico Científico.

Que mediante la Resolución N° 1479 de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los procedimientos para el cobro y pago por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud –POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnicos Científicos – CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

Que la citada Resolución N° 1479 de 2015 señala que el Departamento, analizará la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras y con base en estas, adoptará uno de los dos modelos establecidos en los Capítulos I y II del título II del citado acto, para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado o, de acuerdo con sus necesidades, creará mediante acto administrativo, un modelo integrado siguiendo las reglas establecidas para cada uno de los modelos definidos en el presente título, garantizando el flujo de recursos oportuno para los prestadores de servicios de salud.

Que los modelos establecidos en los Capítulos I y II del título II de la Resolución N° 1479 de 2015 se refieren a que el Departamento, adoptará un **modelo que Garantiza el suministro de servicios y Tecnologías no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, centralizado en la Entidad Territorial**, o uno que **Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud**, además de permitir la consolidación de un modelo integrado entre los dos anteriores.

Que, con fundamento en la citada Resolución N° 1479 de 2015 se dispone que los Departamentos deberán establecer, mediante acto administrativo, un procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con el mecanismo adoptado, que indique los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar en el que tales solicitudes deben ser presentadas, los términos que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría correspondiente y los demás elementos necesarios que le permitan establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías cobrados.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

**TITULO I
ASPECTOS GENERALES**

Artículo 1° Objeto. La presente Resolución tiene por Objeto adoptar el procedimiento para el cobro y pago por parte del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER de los

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266 22 JUN 2015</p>	<p>Página 3 de 13</p>

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado prestados a los afiliados del Régimen Subsidiado en el Departamento Norte de Santander, autorizados por el Comité Técnico Científico de las EPS u ordenados mediante providencia de autoridad Judicial.

Artículo 2°. Ámbito de Aplicación: - La presente resolución aplica al Departamento Norte de Santander, a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en los Municipios del Departamento Norte de Santander y a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud que presten servicios y tecnologías de salud no incluidas en el plan de beneficios a la población afiliada al Régimen Subsidiado del Departamento Norte de Santander.

Artículo 3°. Modelo Adoptado El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, previo análisis de la situación de salud del territorio, sus capacidades técnicas, operativas y financieras, adopta mediante el presente Acto Administrativo, el modelo que Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, definido en el Capítulo II del título II de la Resolución 1479 de 2015, siguiendo las reglas establecidas para este y garantizando el acceso y la prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento Norte de Santander.

Artículo 4°. Financiación de la atención de los servicios y tecnologías de salud no incluidos en el plan de beneficios prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado: Los Servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el POS, provistos a usuarios del Régimen Subsidiado, se financiarán por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones - Sector Salud – Prestación de Servicios de Salud a la Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los demás recursos del Departamento que se destinen al pago de servicios de salud sin cobertura en el POS.

Artículo 5°. Autorización de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el POS: Con el fin de garantizar la integralidad de la atención de los usuarios del SGSSS y la protección de los recursos públicos, los servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el POS, previa su prestación deberán someterse a aprobación por parte del CTC de la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario, en los términos y condiciones establecidos en el Título II de la Resolución 5395 de 2013. Cuando se trate de una atención inicial de urgencia o atención de urgencia, la autorización del CTC será posterior.

Esta dirección Departamental de Salud se reserva el derecho de participar en la realización de los Comités Técnicos Científicos de las EPS a la luz de lo preceptuado en el artículo 5 de la Resolución N° 1479 de 2015, donde estableció que en dicho comité podrá participar la entidad territorial, con voz y sin voto en las decisiones, participación esta que se ejercerá sin perjuicio de la responsabilidad que tienen las entidades territoriales en los procesos de verificación, control y pago de las solicitudes.

Parágrafo: El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, no reconocerá el suministro o autorización a través del CTC de ningún servicio, insumo, actividad o tecnología que se considere como servicio, insumo, actividad o tecnología no financiable con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

TITULO II

GARANTIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD A TRAVÉS DE LAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS QUE TIENEN AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

Artículo 6° Garantía del servicio: Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud deberán garantizarles el acceso efectivo a los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por el Comité Técnico Científico (CTC) u ordenados por Autoridad Judicial, para lo cual dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la autorización emitida por el CTC, definirán el prestador de servicios de salud que brindará dichos servicios, de acuerdo con su red contratada.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266</p>	<p>Página 4 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y el Protección Social."

Artículo 7° Presentación de las solicitudes de cobro y/o recobro: Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al régimen subsidiado de salud presentarán ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la resolución 1479 de 2015, así como aquellos requeridos por esta entidad en la presente resolución donde se establece el procedimiento de verificación y control.

La factura de servicios o documento equivalente se presentará a la entidad territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al Prestador de Servicios de Salud y deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 16 de la resolución 5395 de 2013, con excepción del previsto en el numeral 6.

Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control de que trata la presente resolución, serán pagados directamente por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander al Prestador de Servicios de Salud que los haya suministrado.

TITULO III REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN, RADICACION, VERIFICACION Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE COBRO Y/O RECOBRO.

Artículo 8°. Requisitos generales para la verificación y control de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS: De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015, el proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:

1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.
2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.
3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o un médico de urgencias.
4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Tecno-Científico u ordenado por autoridad judicial.
5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.
6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.
7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, a tecnología y las fechas.
8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la presente resolución y demás normas vigentes.

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander adoptará su propio manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables en los procedimientos que integran el proceso de verificación y control consagrado en el presente acto administrativo, el cual será socializado y publicado en la página web de la entidad.

Artículo 9°. Requisitos para las entidades que realizan cobros y /o recobros por atenciones No Pos. Para efectos de presentar las solicitudes de cobro, las entidades que realizan cobros y/o recobros deberán radicar ante el Instituto Departamental de Salud de los siguientes documentos (Por una única vez):

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBIERNO DE NORTE DE SANTANDER GOBERNACIÓN</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266</p>	<p>Página 5 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. "

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá alegarse nuevo certificado que así lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderada. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de copagos aplicables a sus afiliados.

Dicho plan deberá actualizarse conforme a lo señalado en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la norma que lo modifique, adicione o sustituya y remitirse dentro de los quince (15) días siguientes a su función o modificación anual.

Artículo 10°. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:

- A. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el pos a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.

- B. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio tecnología será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Artículo; 3 del Decreto 4877 de 2007.

Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

Parágrafo 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo 2. La diferencia no cubierta por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza o sustituya, o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud.

Artículo 11°. Requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros. Las entidades recobrantes deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cada recobro (formato MYT) implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 5395 de 2013, por concepto de Tecnologías en salud No

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266</p>	<p>Página 6 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

incluidos en el Plan Obligatorio de Salud autorizados por el Comité Técnico Científico –CTC u ordenados por fallos de tutela numerado consecutivamente por cada paciente.

2. Cuenta de cobro debidamente diligenciada por cada radicación, indicando el monto que se pretende cobrar, la identificación completa de la entidad, y el objeto de la misma indicando el beneficiario, su identificación y las Tecnologías en salud No incluidos en el Plan Obligatorio de Salud autorizados por el Comité Técnico Científico –CTC u ordenados por fallos de tutela.
3. Copia del Acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o copia del fallo de Tutela.
4. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Archivos planos formato MYT según la estructura del anexo técnico de la resolución 5393 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social, validado por la malla dispuesta por el FOSYGA.
6. Listado de verificación en medio magnético.
7. Planilla de liquidación, pago de Seguridad Social y aporte Parafiscales del mes en que se presenta el cobro y/o recobro o certificado emitido por el revisor fiscal o contador público del pago de Seguridad Social y aporte de parafiscales del mes en que se presenta el recobro.
8. Formato de solicitud de cada cobro y/o recobro (Formato MYT).

Artículo 12°. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de cobro originados en actas de Comité Técnico Científico -CTC y Fallo de Tutela: Se adopta de manera definitiva y total, los artículos 14, 15 Y 16 de la Resolución 5395 de 2013, para la verificación y aprobación de los documentos e información específica de las solicitudes de cobro.

TITULO IV

PROCESO DE VERIFICACION, CONTROL PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGIAS SIN COBERTURA EN EL POS.

Artículo 13°. Etapas del proceso de verificarán y control. Las solicitudes de cobro y/o recobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de pre-radición, radicación, pre auditoría y auditoría integral las cuales se describen a continuación:

Artículo 14°. Etapa de Pre-radición: El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad que realiza el cobro y/o recobro con bases de datos con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del cobro y/o recobro y las investigaciones administrativas o judiciales; dentro de esta etapa se identifican las siguientes sub etapas:

1. **Inicio:** inicia con el registro de la información correspondiente a cada solicitud de cobro y/o recobro, por la respectiva entidad que realiza las atenciones No Pos, vía correo electrónico auditoriapssids@ids.gov.co o de manera presencial ante el funcionario del Grupo de Prestación Servicios que se designe para el efecto. Los correos electrónicos o pre-raditaciones presenciales de los archivos planos, se recibirán del 01 al día 15 calendario de cada mes en las horas hábiles de las mañanas, solamente si es de manera presencial y serán validados de dos formas: la Primera, si es por correo electrónico, dentro de las 24 horas siguientes a la radicación, la segunda, si es de manera presencial se validará inmediatamente. Se radicará por cada entidad y se validará en estricto orden de llegada.
2. **Validación de la Información.** El Instituto Departamental de Salud, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:
 - 2.1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
 - 2.2. Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC).

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN DEL NORTE DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002265</p>	<p>Página 7 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

- 2.3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).
 - 2.4. Código Único de Medicamentos (CUM).
 - 2.5. Registro Único de Víctimas (RUV).
3. **Resultado de la Validación:** La validación de la información registrada por la entidad recobrante en el sistema, podrá generar los siguientes resultados:
- 3.1. *El ingreso del cobro y/o recobro a la etapa de radicación:* Se presenta cuando la información supera todas las validaciones, generando automáticamente:
 - 3.1.1. El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada recobro.
 - 3.1.2. El formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico- Científico (CTC) y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el Contador Público de la entidad recobrante.
 - 3.2. *El ingreso del cobro y/o recobro a la etapa de radicación con alertas:* Se presenta cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas que se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los números de identificación de cada recobro y los formatos MYT y MYT-R que correspondan.
 - 3.3. *El no ingreso del cobro y/o recobro a la etapa de radicación:* Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.
4. **Finalización de la Etapa de Pre-radicación.** La etapa de pre-radicación finaliza satisfactoriamente cuando la entidad que presenta el cobro y/o recobro dispone de los formatos (formato MYT) y resumen de radicación (Formato MYT-R) para la radicación que deben ser impresos y suscritos por el representante legal y el contador público de la entidad respectiva, este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

Artículo 15°. Etapa de Radicación: El objeto de esta etapa es presentar ante el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander Oficina de Prestación de Servicios ubicado en la Avenida 0 Calle 10 Piso 3 - Edificio Rosetal de la Ciudad de Cúcuta, los formatos MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso y/o magnético. Cuando la entidad recobrante no aporte el formato de solicitud (Formato MYT) y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R); el formato MYT-R no contenga la firma del representante legal y del contador público identificado con el número de su matrícula profesional; o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, los números de identificación asignados a cada cobro y/o recobro y al formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

1. En caso de presentación de los soportes en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro presentadas.
2. En caso de presentación de los soportes en medio impreso, las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos físicos.

Artículo 16°. Etapa de Pre - Auditoría Integral: El objeto de esta etapa es verificar que el cobro y/o recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

Dentro de los doce (12) días calendario siguiente a la radicación de las solicitudes de cobro y/o recobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, el Instituto Departamental de Salud, cotejará el

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>Ministerio del Poder Judicial GOBERNACION Norte de Santander</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002265 22 JUN 2015</p>	<p>Página 8 de 13</p>

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. "

soporte documental con la información suministrada por la entidad que presenta el cobro y/o recobro. Se tendrán por no presentadas las solicitudes que presenten una o varias de las inconsistencias que a continuación se señalan:

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de cada recobro (Formato MYT), respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT-R).
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC) o del fallo de tutela, según sea el caso.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del cobro y/o recobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad que cobra y/o recobra.

En estos casos el Instituto Departamental de Salud, procederá a:

1. Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro (Formato MYT).
2. Anular el número de radicación del formato resumen de radicación (Formato MYT-R), si es del caso.
3. Informar a la entidad recobrante, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de preauditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

PARÁGRAFO. Si se cumple el año de que trata el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012 para presentar ante el la entidad territorial, una solicitud radicada oportunamente y es objeto de anulación en la etapa de preauditoría la entidad que efectúa el cobro y/o recobro podrá presentarla por una única vez en el periodo de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre entrega de la documentación, evento en el cual se entenderá radicado en término. En todo caso, la entidad que efectúa el cobro y/o recobro deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

Artículo 17°. Etapa de Auditoría Integral: El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros.

1. **Inicio.** Culminadas de manera exitosa las etapas de pre radicación, radicación y pre auditoría, se da inicio a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los cobros y/o recobros utilizando para ello el proceso de auditoría integral conforme al manual de auditoría que se adopte para el efecto, de lo cual se informará en su momento a través de la página web institucional.
2. **Resultado del Proceso de Auditoría Integral:** El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro será:
 - 2.1. **Aprobado:** El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:
 - 2.1.1. **Aprobado total:** Cuando todos los ítems del recobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
 - 2.1.2. **Aprobado con reliquidación:** Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.
 - 2.1.3. **Aprobado parcial:** Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN NORTE DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266</p>	<p>Página 9 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

- 2.2. **No aprobado:** Cuando todos los ítems del cobro y/o recobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
3. **Comunicación de los Resultados de Auditoría a las Entidades Recobrantes.** El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de cobro/recobro se comunicará por el funcionario de la Oficina de Prestación de Servicios del Instituto Departamental de Salud designado para el caso, al representante legal de la entidad que realiza el cobro y/o recobro, a la dirección electrónica registrada por dicha entidad y al domicilio informado por la misma, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. Se conservará copia de la constancia de envío. A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de cobro y/o recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría.
4. **Contenido de la Comunicación.** La comunicación deberá contener la siguiente información:
- 4.1. Fecha de expedición de la comunicación.
 - 4.2. Número de radicación de cada cobro y/o recobro.
 - 4.3. Resultado de la auditoría integral por cobro y/o recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
 - 4.4. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del cobro y/o recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
 - 4.5. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
 - 4.6. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del cobro y/o recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
5. **Objeción a los Resultados de Auditoría.** La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los cobros y/o recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los cobros y/o recobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo cobro y/o recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
- La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas. Si la entidad que efectúa el cobro y/o recobro considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se pueden desvirtuar con la información contenida en los soportes del cobro y/o recobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información; si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del cobro y/o recobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas. Las objeciones incluirán el número de identificación de la solicitud de cobro y/o recobro asignado inicialmente.
6. **Respuesta a la Objeción Presentada por la Entidad que Presente el Cobro y/o recobro:** El funcionario de la Oficina de Prestación de Servicios del Instituto Departamental de Salud designado para el caso, dentro del mes siguiente a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

TITULO V TERMINOS Y PLAZOS

Artículo 18°. Término para la presentación de las solicitudes de cobro y/o recobro. Las entidades que realizan Cobros y/o recobros por atenciones No Pos deberán adelantar las etapas de pre-radicación, radicación, pre auditoría y auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro ante el Instituto Departamental de salud de Norte de Santander, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266 22 JUN 2015</p>	<p>Página 10 de 13</p>

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

Artículo 19°. Días habilitados para la radicación de las solicitudes de cobro. Las entidades que realizan Cobros y Recobros por atenciones No Pos deberán presentar las solicitudes de cobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por el Instituto Departamental de Salud.

Parágrafo 1. Si el último día habilitado para la radicación de los cobros y/o recobros es un día no hábil esta se podrá radicar el día hábil siguiente al último día autorizado.

Parágrafo 2. Aquellos cobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.

Artículo 20°. Plazo para adelantar la etapa del proceso de auditoría integral de las solicitudes de cobro y/o recobro y efectuar el pago cuando sea procedente. El instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, deberá llevar a cabo la etapa de Auditoría integral e informar de su resultado a la entidad que realiza cobros y/o recobros por atenciones No Pos, dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento del período de radicación en el que fue presentado el correspondiente cobros y/o recobros.

Artículo 21°. Días habilitados para la radicación de las respuestas a las glosas generadas en el Informe de Auditoría Integral: El período habilitado para la radicación de las respuestas son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas respuestas que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicadas en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de respuestas inmediatamente siguiente.

Parágrafo. Si el último día habilitado para la radicación de las respuestas es un día no hábil, estas se podrán presentar el día hábil siguiente al último día autorizado.

TITULO VI PAGO DE LAS SOLICITUDES DE COBRO Y/O RECOBRO

Artículo 22°. Monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO POS. El monto a reconocer y pagar por cobros y/o recobros de medicamentos y/o tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. **Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, autorizados por el Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Cuando para el medicamento NO POS objeto de cobro y/o recobro se haya establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

Para el cálculo del monto del comparador se empleará la siguiente fórmula:

Valor Calculado = P * Q, en donde:

P: Monto base del comparador administrativo (por unidad mínima de concentración: g/ mg/mcg/U.l., según corresponda).

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN DEL NORTE DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266</p>	<p>Página 11 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

Q: Cantidad total del principio activo del comparador administrativo (En unidad mínima de concentración: g/mg/mcg/U.l., según corresponda) equivalente a la cantidad total de principio activo en el medicamento objeto de recobro en la indicación empleada.

Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

2. *Procedimientos de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela.* El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

3. *Procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, o por fallos de tutela.* El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el Comité Técnico Científico -CTC u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del servicio médico y prestación de salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Parágrafo 1. Cuando la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, establezca precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Parágrafo 2. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, el Instituto Departamental

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN NORTE DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002265</p>	<p>Página 12 de 13</p>

22 JUN 2015

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social."

de Salud de Norte de Santander reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

Parágrafo 3. Cuando el valor solicitado de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud -POS, sea menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo, se debe entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no procederá la radicación del cobro y/o recobro.

Parágrafo 4. En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 23°. Pago de solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando el valor recobrado de las tecnologías NO POS sea superior al valor máximo que se determine.
3. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.

Artículo 24°. Pago de solicitudes de recobro aprobadas parcialmente. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, pagará parcialmente la solicitud del cobro y/o recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando como consecuencia del acta del Comité Técnico Científico -CTC o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud -POS.
2. Cuando uno o varios ítems incluidos en el cobro y/o recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

Artículo 25°. Procedencia de giro a proveedores de tecnologías en salud NO POS. Las entidades que presentan los cobros y/o recobros autorizaran el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de autorización suscrita por el representante legal de la entidad que presenta el cobro y/o recobro para que el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander gire al proveedor en nombre de aquella, a la cuenta bancaria registrada por este, ante esta Dirección Departamental de Salud o quien haga sus veces.
2. Una vez el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander informe el valor aprobado de los resultados de la auditoría integral, la entidad que presenta el cobro y/o recobro le remitirán la distribución de dicho valor entre los proveedores de tecnologías en salud NO POS, objeto de la medida, previos los descuentos a que haya lugar.

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	 <p>GOBERNACIÓN DEL NORTE DE SANTANDER</p>
<p>Código: F-DE-PE05-01 Versión: 02</p>	<p>RESOLUCIÓN N° 002266 22 JUN 2015</p>	<p>Página 13 de 13</p>

"Por medio de la cual se adopta el modelo de prestación de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS a los afiliados del Régimen Subsidiado y el mecanismo para su verificación, control y pago de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. "

El valor informado, será distribuido por la entidad que presenta el cobro y/o recobro, de manera proporcional, de acuerdo con el valor aprobado de las solicitudes presentadas mensualmente de cada proveedor.

Parágrafo 1. las entidades que presentan el cobro y/o recobro deberán remitir la autorización en el formato que para el efecto establezca el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y este procederá a cancelar los valores de acuerdo con las disponibilidad presupuestal a que haya lugar.

TITULO VII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 26°. Transitorio: Aquellos servicios y tecnologías sin cobertura en el POSS que a la entrada en vigencia de la presente resolución hayan sido cancelados por la EPS, podrán ser tramitados como un recobro ante esta dirección departamental de salud, las demás autorizaciones se someterán a lo aquí dispuesto aun cuan fueran anteriores a la presente resolución y posteriores a la expedición de la Resolución 1479 de 2015.

Artículo 27°. Aspectos no regulados: Los aspectos no regulados en la presente Resolución se regirán por lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013, la Resolución 1479 de 2015 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o complementen.

Artículo 28°. Revisión del Modelo: La adopción del modelo que Garantiza la Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud a través de las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en el Departamento Norte de Santander, así como como el procedimiento para la Verificación y Control para el pago de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, definidos mediante el presente acto administrativo, serán objeto de seguimiento y verificación, a efectos de optimizar el proceso, permitiendo el flujo de los recursos a los prestadores de servicios.

El Instituto Departamental de Salud podrá optar por la implementación de un nuevo modelo de garantía de prestación de servicio y tecnologías sin cobertura en el POS, cuando las circunstancias técnicas y financieras así lo permitan y este resulte más conveniente para la entidad y para los afiliados.

Artículo 29°. Comunicación y Publicación: La presente Resolución será comunicada a las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados en el Régimen Subsidiado en el Departamento Norte de Santander y será publicada en la Página web del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander; de la misma manera cuando se adopte el Manual de Auditoria que se aplica al proceso de cobros y recobros ante esta dirección departamental de Salud, este será igualmente publicado en la página web institucional.

Artículo 30°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias en especial las Resoluciones N°. 002867 y N° 003246 del 16 de Octubre y 12 de Noviembre de 2008 respectivamente, expedidas por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

PÚBLIQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José de Cúcuta a los

22 JUN 2015

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA

Director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander